

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

265

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Pierre JOURNEAULT

Né le 20 Août 1913, à Saint-Nazaire (Loire Inférieure).

**UNE ÉPIDÉMIE RÉCENTE
DE
POLIOMYÉLITE**

Président : **M. DEBRÉ**, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Editeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

၆၁၃



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552815_0065

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Pierre JOURNEAULT

Né le 20 Août 1913, à Saint-Nazaire (Loire Inférieure).

**UNE ÉPIDÉMIE RÉCENTE
DE
POLIOMYÉLITE**

Président : M. DEBRÉ, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

19 410

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre Duval.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROcq	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) .		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FEMME.

A notre Président de Thèse
Monsieur le Professeur DEBRE,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

*Qui a bien voulu accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur DESBUQUOIS,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Professeur de Thérapeutique
à l'Ecole de Médecine de Tours,
Médecin de l'Hôpital.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et conseillé au cours
de ce travail.*

*En témoignage de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A MON GRAND-PERE,
A MON BEAU-PERE,
A MA TANTE RENEE,
A MON ONCLE LUGUET,

In memoriam.

A TOUS LES MIENS. A MES AMIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ECOLE DE MEDECINE DE TOURS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Maladie infectieuse et contagieuse, la P.A.A. est une maladie épidémique. Il va sans dire que de tout temps et dans tous les pays on observe des cas sporadiques, mais cela n'exclut pas cette notion essentielle, et ses conséquences, qu'est le *caractère épidémique* d'une telle affection.

Tous les ans, la poliomyélite se signale dans le département de l'Indre par quelques cas fréquents mais isolés. En novembre 1938, brusquement a sévi dans la seule commune de Faverolles une véritable épidémie de 16 cas, évoluant en un mois. Le premier cas a été constaté le 22 octobre, le dernier le 28 novembre; depuis, aucun autre n'a été signalé.

Dans cette étude nous envisagerons successivement l'étiologie et les conditions d'apparition de cette épidémie, après l'exposé des observations, les caractéristiques cliniques et thérapeutiques, enfin les conclusions que l'on peut apporter comme contribution à l'étude de cette question.

ETIOLOGIE. — EPIDEMIOLOGIE

AGE. — Cette épidémie a frappé électivement les enfants de 3 à 10 ans. Exceptionnellement, le premier avait 18 mois et les derniers 15 et 17 ans.

Il est intéressant à signaler que seules quatre fillettes ont été atteintes par cette épidémie, sans toutefois en déduire qu'elle ait présenté une affinité spéciale pour un sexe déterminé.

SAISON. — Cette épidémie apparue, les derniers jours d'octobre, a duré pendant tout le mois de novembre, montrant ainsi un décalage saisonnier par rapport aux notions classiques.

CLIMAT. — Le village de Faverolles est situé dans une région assez sèche où il n'y a ni cours d'eau, ni étang. Les conditions atmosphériques de l'automne 1938 ont été, dans cette région, caractérisées par une température progressivement décroissante et de nombreuses pluies au moment de l'épidémie.

Le caractère contagieux de la maladie pose un certain nombre de problèmes, dont le plus important est

sans conteste le mode de contamination, c'est-à-dire de transmission de la maladie.

En effet, l'enquête que nous avons pu faire sur les conditions d'apparition de cette épidémie nous a montré qu'à part le premier cas, celui d'un nourrisson, tous les enfants atteints fréquentaient la même école.

Nous avons par deux fois rencontré des *cas familiaux*, deux cousins vivant dans la même ferme ont été atteints. Dans une même famille le frère et la sœur sont morts de paralysie ascendante. Il est intéressant de noter que l'un et l'autre couchaient dans le même lit que leurs frères et sœurs, et que ces derniers n'ont jamais rien eu.

Ceci affirmerait la thèse qui, devant des cas simultanés survenant dans la même famille, admet que les enfants ont été victimes d'une même épidémie, plutôt que contaminés l'un par l'autre.

Pourtant, la théorie de la contagion directe trouve aussi son application au cours de cette épidémie : un garçon de 17 ans dont le frère fréquentait l'école, fait une quadriplégie, alors que son frère est indemne.

Nous n'avons relevé aucun fait qui puisse nous orienter vers une contagion possible par les animaux. La fréquence des troubles digestifs observés permet de considérer également l'hypothèse de la transmission hydrique comme vraisemblable.

Nous avons tendance à croire que quelle que soit

son étiologie la poliomyélite épidémique est essentiellement une maladie de la campagne, ainsi qu'on l'observe fréquemment et que semblent le prouver les observations que nous apportons.

OBSERVATIONS

Voici par ordre chronologique les 16 observations que nous avons recueillies :

OBS. I. — Enfant C... Luc, 18 mois.

Le 22 octobre 1938, le médecin de la famille est appelé le soir parce que l'enfant dort mal, parce qu'il tousse et vomit une partie de ses repas; à l'examen on trouve une angine rouge banale avec prédominance de la congestion sur les piliers, la température est à 38°5, aucune réaction ganglionnaire cervicale ou sous-maxillaire, pas d'autres signes à noter, si ce n'est une langue saburrale et une constipation légère.

Rappelé le 24 octobre, le médecin constate en plus de la régression de l'angine une paralysie flasque du bras gauche, les fléchisseurs du bras sont les plus touchés; l'avant-bras semble seulement parésié. Par ailleurs, l'enfant présente de la raideur de la nuque et si les réflexes cubital et radial gauches sont très diminués, les réflexes patellaire et achilléens des deux côtés sont un peu exagérés. Il n'y a pas, à vrai dire, de Kœrnig. Les réflexes sont conservés. Le bras droit ne présente rien d'anormal, la température se maintient entre 38°5 et 39°, les urines sont foncées, rares, légèrement albumineuses.

On traite cet enfant au sérum de Pettit, le diagnostic

de poliomyélite antérieure aiguë ne semblant faire aucun doute. Une première injection est pratiquée le 24 octobre, on la renouvelle quotidiennement jusqu'au 28 octobre, à cette date on observe une chute de la fièvre et une amélioration nette de l'état général du petit malade, toutefois la paralysie du bras gauche reste complète; on institue alors au douzième jour de la maladie un traitement radiothérapique, l'enfant reçoit ainsi quinze séances.

Examiné en février, il présente un bon état général, mais la paralysie persiste avec atrophie et hypotonie des muscles du bras gauche.

OBS. II. — Enfant M... Elie, 7 ans.

Le début de l'affection remonte au 6 novembre 1938. Cet enfant qui fréquente l'école communale de Faveroles est plutôt fragile et présente tous les hivers des signes de rhino-pharyngo-bronchite, c'est pourquoi ses parents ne s'inquiètent pas d'une angine banale avec température à 38°, mais le 8 novembre, ne pouvant asseoir l'enfant dans son lit, ils décident d'appeler le médecin.

Ce qui frappe au premier chef, ce sont les signes méningés, raideur de la nuque et du rachis, l'enfant se plaint d'une céphalée tenace, il est grognon, la langue est sale et il n'est pas allé à la selle depuis 3 jours; les urines sont légèrement teintées.

En plus de cette angine et des signes méningés, on découvre une paraplégie flasque — les membres supérieurs sont intacts — il n'en faut pas plus pour instituer un traitement anti-poliomyélite.

On lui fait 40 cc. de sérum de Pettit, la chute de température se produit au cinquième jour.

A dater du 16 novembre, la paralysie des membres inférieurs persistant, on envoie l'enfant à l'hôpital de Châteauroux où l'on pratique quinze séances de radiothérapie sur la moëlle lombaire.

L'état général s'améliore au cours de ce traitement, puis les paralysies régressent, l'enfant commence à remuer les orteils et en quelques jours les muscles de la loge antérieure de la jambe reprennent leur tonicité.

Ce malade recommencera à marcher vers la mi-décembre, il ^{va}steppe légèrement.

Revu en janvier, il présente une scoliose dorso-lombaire en rapport, semble-t-il, avec une paralysie des muscles para-vertébraux persistante, cette scoliose donne au sujet une démarche hanchée.

Depuis ce traitement radiothérapique, l'enfant manifeste des troubles glandulaires, il semble s'être constitué un syndrome adiposo-génital.

Nous remarquerons que cet enfant vivait en promiscuité avec une fillette de 5 ans 1/2 et un garçon de 2 ans qui n'ont pas été atteints.

OBS. III. — Enfant M... Micheline, 9 ans, présente le 10 novembre 1938 un état fébrile léger à 38°3 avec langue saburrale, gorge rouge, pas d'autres signes cliniques.

Etant donné la présence dans la même ferme d'un petit cousin atteint de poliomyélite, on pratique dès ce jour une injection de sérum de Pettit.

Le 11 novembre, état stationnaire sans nouveaux symptômes, nouvelle injection de sérum.

Le 12 novembre, la température s'élève et on observe de la raideur de la nuque, tous les réflexes sont normaux.

Le 13, la raideur s'accroît, le Kœrnig est complet et l'on note un réflexe patellaire gauche diminué. Le 14, le

Kœrnig est toujours très accentué et la paralysie s'installe au membre inférieur gauche, en même temps qu'une légère parésie apparaît au bras gauche. Notons également une parésie vésicale.

L'analyse bactériologique du liquide céphalo-rachidien est négative.

On continue le sérum de Pettit, à la suite, chute de la fièvre qui aura duré 8 jours environ.

Le Kœrnig a persisté deux semaines. Dès la chute de la température on a pratiqué un traitement électrique et actinique pendant deux mois environ.

L'enfant revue en mars présente un état général floride, la parésie du bras gauche a disparu sans laisser de séquelles, une grosse amélioration est à signaler, du membre inférieur gauche. L'enfant marche seule; il persiste, néanmoins, une légère claudication qui doit s'estomper par la suite.

OBS. IV. — Enfant P... Serge.

Cet enfant âgé de 5 ans $1/2$ a présenté à plusieurs reprises des troubles gastro-intestinaux. Au début de novembre il a vomi, sa langue était sale, quelques alternatives de diarrhée et de constipation et tout semble rentré dans l'ordre, quand, le 9 novembre sa température monte à $38^{\circ}5$; on l'examine, il mange bien, sa langue n'est plus chargée, rien d'anormal dans le rhinopharynx, il souffre de céphalée légère et présente un peu de raideur de la nuque; pas de Kœrnig, les réflexes sont normaux. Dans la nuit du 9 au 10 novembre, une paralégie s'est constituée.

La nuque est plus raide, les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, l'enfant se meut très difficilement dans son lit.

On le traite au sérum de Pettit et les 40 cc. qu'il a reçus amènent une chute thermique rapide le 14 novembre.

Un traitement radiothérapique est institué, au bout de 15 séances l'enfant recommence à marcher, son état général est excellent.

On l'examine en février, il n'a gardé aucune séquelle.

OBS. V. — Enfant D... Elie, 8 ans.

Le 10 novembre au soir, l'enfant se plaint de la gorge, on l'examine et l'on découvre une angine rouge banale, la langue est blanche, constipation, l'enfant accuse quelques céphalées et il demande à dormir, il est irritable, le thermomètre marque 39°.

A cette angine s'ajoutent deux signes d'importance, d'une part, une raideur légère de la nuque avec Kœrnig facilement mis en évidence; d'autre part, l'enfant se plaint de faiblesse dans les jambes, on trouve un réflexe rotulien droit légèrement diminué, mais il n'existe aucune paralysie.

On traite l'enfant par le sérum de Pettit; l'angine disparaît, la langue devient rouge, l'état général s'améliore et le 12 novembre la température est à 38°. L'enfant reste constipé, mais il va à la selle par petits lavements. Le 14 novembre, les selles sont redevenues normales et la fièvre est tombée. On a administré en tout 40 cc. de Pettit.

Le 18 novembre la raideur de la nuque et les céphalées n'existent plus, tout rentre dans l'ordre, les réflexes sont normaux.

Le 4 février, l'enfant est revu, il ne présente rien à signaler.

OBS. VI. — C... Jean, 6 ans.

Fils unique. Début le *10 novembre 1938*, angine, fièvre à 39°, fatigue générale. Quelques vagues douleurs dans les membres inférieurs.

Le 17 novembre 1938, la fièvre qui a persisté 3 jours à 39° et qui est normale depuis quatre jours, monte à 37°8 le soir; le lendemain matin paraplégie totale. L'enfant est transporté à Tours.

Paraplégie totale, abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, rétention d'urine qui céda en 48 heures.

Le 21 novembre, récupération fonctionnelle du membre inférieur droit.

Le 24 novembre : amélioration fonctionnelle du membre inférieur gauche, l'enfant peut, de deux côtés, détacher le talon du plan du lit, les réflexes restent abolis.

Le 30 novembre, l'enfant commence à marcher, il présente une abolition du seul réflexe achilléen gauche avec une atrophie considérable du quadriceps de ce côté.

Traitement : radiothérapie (4 séances),
électrothérapie.

L'enfant revu le 4 février est très bien, il présente toujours une abolition du rotulien gauche et atrophie du quadriceps gauche, mais il ne boîte pas.

OBS. VII. — Enfant R..., 8 ans.

Début brusque avec malaise le *samedi 12 novembre*, poussée de température à 39° le dimanche. Est examiné pour la première fois le lundi : tableau de méningite, grosse céphalée, raideur considérable non seulement de la nuque, mais également de tout le rachis, interdisant tout mouvement.

Constipation qui cèdera très difficilement par la suite, état nauséeux sans vomissements, photophobie, température à 40°5.

On met en œuvre une médication symptomatique à laquelle on ajoute des sulfamides, dans les quelques jours qui suivent baisse progressive de la température et disparition de la céphalée, mais le rachis reste enraidí et la flexion en avant est impossible. Le 17 novembre on apprend que d'autres enfants, dans le village, présentent les mêmes symptômes et que certains d'entre eux sont déjà paralysés, on pratique une injection de sérum anti-poliomyélite.

Le lendemain, apparition d'une première paralysie au niveau du membre inférieur gauche. Dans les deux jours suivants on continue le sérum; la paralysie semble s'améliorer lorsque le 20 novembre il se produit une nouvelle poussée avec atteinte de la deuxième jambe — donc paraplégie flasque, totale, bilatérale.

Une douzaine de jours, environ, après le début des paralysies, on commence à Châteauroux un traitement de radiothérapie de la moelle, puis on fait de la diathermie.

L'enfant reste plusieurs semaines très enraidí de la nuque et du rachis, puis quelques progrès rapides amènent une cédation des paralysies et l'enfant peut marcher sans canne.

Depuis février, les progrès sont arrêtés et il reste de grosses lésions paralytiques du quadriceps fémoral, importantes surtout à droite.

La marche est possible, mais avec un mouvement d'élévation des jambes très anormal.

On continue de loin en loin les séances de diathermie.

Chez cet enfant, les résultats obtenus sont satisfai-

sants, car totalement paralysé, il est parvenu à marcher, il restera cependant infirme et sa croissante reste hypothétique.

OBS. VIII. — Enfant P... Pierre, 3 ans.

Cet enfant n'a jamais été malade, sa mère raconte qu'elle eut la surprise en voulant l'habiller, le jeudi matin 10 novembre, de constater que l'enfant ne tenait plus sur ses jambes.

Le médecin appelé lui trouve une paralysie du membre inférieur gauche. La température est à 37°7, il n'y a pas d'angine.

On l'envoie à l'Hospice général de Tours où, à son entrée dans le service des contagieux, le 12 novembre, on lui trouve les deux jambes paralysées. Nous l'examinons, il est allongé dans son lit, il ne peut ni s'asseoir, ni fléchir la tête sur sa poitrine, ni soulever ses membres inférieurs du plan du lit, les bras et les avant-bras remuent librement.

On note l'abolition des réflexes rotuliens et de l'achilléen droit, le gauche est conservé.

Aux bras les réflexes sont normaux, la température est de 38°7.

On injecte 60 cc. de sérum de Pettit. Le lendemain, l'enfant se réveille inondé de sueurs profuses, il a bien dormi, respire librement, boit et urine bien.

L'enfant n'est pas abattu, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, peu à peu la fièvre descend. Le 22, on remarque que le petit malade commence à remuer ses orteils et à s'asseoir peu à peu dans son lit. Dès son entrée, on a pratiqué 3 séances de 5 minutes de rayons X sur la colonne lombaire à deux jours d'intervalle, puis

26 séances d'électrothérapie, chaque jambe est placée successivement dans l'eau tiède, porte l'électrode négative, l'électrode positive étant placée dans la région dorsale on fait passer le courant pendant 20 minutes.

Après un intervalle de 1 mois, 3 nouvelles séances de rayons X.

Le 27 janvier on examine l'enfant avant son départ, on note une atrophie musculaire des quadriceps fémoraux prédominant à droite. Les réflexes du membre inférieur gauche sont revenus, mais ceux du membre inférieur droit manquent toujours.

Au point de vue fonctionnel l'enfant peut se tenir debout en s'appuyant sur sa jambe gauche, mais la marche est particulièrement difficile, car la jambe droite se dérobe sous lui.

Revu en mars, cet enfant ne peut encore se tenir debout, on note, en particulier, une atrophie de la jambe droite avec pied tombant.

Trois frères et sœurs fréquentant l'école n'ont pas été malades.

OBS. IX. — B... Marcelle, 12 ans.

Cette enfant n'a jamais été malade, elle entre dans le service des contagieux le 20 novembre 1938, paralysée des quatre membres.

Sa maladie a commencé le *mercredi 16* par des maux de tête qui ne l'ont pas empêchée de garder ses vaches. Le soir la température est à 38°. A l'examen le médecin mandé ne trouve qu'une angine rouge et un peu de raideur du rachis.

Le 18 novembre s'est installée une paraplégie et la température s'est élevée à 39°. Le lendemain l'enfant présente une quadriplégie.

Son transfert à l'Hôpital de Tours s'effectue le 20 novembre où, examinée dès son arrivée, on lui trouve une paralysie flasque des quatre membres avec abolition de tous les réflexes.

La malade ne peut s'asseoir, la flexion de la nuque est impossible, la rotation de la tête assez facile à gauche est limitée à droite. L'impossibilité de froncer les sourcils témoigne de l'atteinte du facial supérieur. L'examen de l'abdomen montre un globe vésical à deux doigts de l'ombilic. La température est à 39°, l'enfant est calme, elle ne souffre pas, elle voit bien, la gorge reste un peu rouge.

En quatre jours notre jeune malade a reçu 40.000 unités de sérum antipoliomyélitique, à son arrivée, le soir même on injecte encore en intra-musculaire 50 cc.

Le 21 novembre toujours paralysée, l'enfant a 39°; dans la nuit elle a perdu ses urines. On commence un traitement radiothérapique, dans l'après-midi sa voix s'éteint progressivement, un strabisme convergent apparaît qui signe l'atteinte des nerfs crâniens, la respiration devient courte et difficile, les ailes du nez battent.

On pratique une ponction lombaire et l'on injecte 10 cc. de sérum de convalescent prélevé sur une infirmière du service.

Le 22 novembre on trouve la malade toujours aphone, les efforts volontaires d'inspiration restent sans effet et la cage thoracique est immobile, on note la contraction intermittente des muscles inspireurs accessoires, les sternocléido-mastoïdiens.

Quand on l'approche, l'enfant essaie vaguement de fixer son regard, peu à peu elle devient somnolente puis perd complètement connaissance, elle se cyanose, sombre dans le coma et meurt le soir malgré une injection nouvelle de 10 cc. de sérum de convalescent et malgré l'oxy-

gène administré en inhalations et sous la peau. On avait également pratiqué une saignée de 200 cc. suivie d'une intraveineuse de sérum physiologique et d'injection sous-cutanées d'huile camphrée caféinée.

OBS. X. — Enfant B... Gérard, 10 ans.

Dont la sœur est atteinte de poliomyélite aiguë depuis le mercredi 16 novembre, est fatigué au matin du 21 novembre, température à 38°; le médecin traitant l'envoie à l'Hôpital en même temps que sa sœur.

Pendant que l'on transporte sa sœur paralysée des quatre membres, il reste seul dans une salle et se déshabille facilement.

Il accuse seulement un peu de céphalée, mais ses réflexes sont perturbés, les deux rotuliens sont abolis, l'achilléen gauche a disparu, l'achilléen droit ne se produit pas régulièrement.

Aux bras, les réflexes ont disparu à droite, l'enfant tourne sa tête à droite et à gauche, mais la flexion est impossible, il n'a rien dans la gorge.

Pensant à une poliomyélite, on injecte 60 cc. de sérum de Pettit.

Le 21 novembre au matin, l'enfant ne parvient pas à soulever son bras droit sans le secours de sa main gauche. Tous les réflexes sont abolis.

Par ponction lombaire on retire un liquide céphalo-rachidien dont les éléments sont normaux, sauf la cytologie : 200 lymphocytes, la culture est négative.

Le 22 l'enfant est prostré, il ne prête aucune attention à ce qui se passe autour de lui (sa sœur meurt dans la même chambre), il gémit lorsqu'on l'appelle, n'arrive pas à fixer son regard et présente un strabisme variable.

La nuque est raide, les quatre membres paralysés, la respiration est régulière, mais l'enfant voit difficilement. Le 23 au réveil il est baigné de sueurs abondantes, il a perdu ses urines pendant la nuit, il ne voit plus. Dans la journée le coma s'installe et devient de plus en plus profond, la respiration est stertoreuse, le pouls rapide, le faciès se grippe.

Devant ce tableau, le père demande à ramener son enfant chez lui, il quitte le service dans la nuit et l'enfant meurt le matin du 24 novembre.

OBS. XI. — Enfant M... Jean, 7 ans.

Le 21 novembre 1938, cet enfant de robuste constitution passe par une période fébrile de deux jours sans autres signes cliniques, puis il vomit une fois et se plaint de céphalée violente qui disparaît presque immédiatement le 23 novembre.

Le médecin de la famille, appelé le soir même l'examine, il constate une raideur de la nuque avec limitation de la rotation de la tête à gauche. Le reste de l'examen est négatif, en particulier les réflexes sont normaux. L'enfant présente de la constipation, température à 37°8.

Nous sommes en pleine épidémie de poliomyélite, aussi le médecin injecte-t-il après son examen 40 cc. de sérum de Pettit.

Dans les jours qui suivent l'enfant se plaint d'une douleur passagère dans le membre inférieur droit, mais les réflexes ne se modifient en rien, la température revient à 37° et la raideur de la nuque cède vers le 27 novembre.

L'état général s'améliore, l'enfant réclame à manger, il sort guéri la semaine suivante, sans avoir présenté de paralysie.

OBS. XIII. — Enfant D... Bertrand, 7 ans.

Entre au pavillon des contagieux le 21 novembre 1938, porté dans les bras de son père, car il ne peut se tenir debout.

Il souffre *depuis le 18* d'algies le long de la colonne vertébrale, algies d'intensité croissante, il n'a jamais eu de fièvre.

Dans son lit, l'enfant gémit dès qu'on le touche, il refuse de s'asseoir, ce mouvement le fait souffrir, il ne peut fléchir la tête.

A l'examen les membres inférieurs et supérieurs fonctionnent normalement, ses réflexes rotuliens sont vifs, les achilléens sont normaux, le petit malade n'a jamais eu d'angine dans les jours précédant ces symptômes, température à 37°8.

On injecte 60.000 unités de sérum antipoliomyélitique, le 22 l'enfant a mal dormi, son dos est plus douloureux, il remue moins encore que la veille, la fièvre monte légèrement, les sueurs sont abondantes, un nouvel examen des réflexes nous les révèle difficiles à mettre en évidence, mais ils existent, sauf les olécrâniens. A la ponction lombaire on retire 10 cc. de liquide céphalo-rachidien que l'on remplace dans les espaces sous-arachnoïdiens par 10 cc. de sérum de convalescent fourni par l'Institut d'Hygiène et de Bactériologie de Strasbourg. Dans ce liquide la cytologie est élevée : 110 lymphocytes.

Le 23 l'enfant est très abattu, les deux bras sont paralysés, les avant-bras sont libres, l'enfant urine dans son lit, cependant un globe vésical remontant à deux doigts de l'ombilic exige un sondage deux jours de suite.

On injecte 20 cc. de sérum de convalescent prélevé sur une infirmière du service.

Le 25 la fièvre est tombée, l'enfant souffre moins, il urine seul, il boit bien.

On institue alors un traitement radiothérapique, trois séances sur la région cervicale, une séance de 5 minutes tous les deux jours, puis on pratique 25 séances d'électrothérapie de 20 minutes à chaque bras.

A la suite on fait trois séances de rayons X.

L'enfant sort du service le 27 janvier 1939. La station debout est normale, les réflexes sont normaux aux membres inférieurs. Aux bras il reste de la difficulté dans l'abduction qui ne s'effectue bien que jusqu'à 90° à droite. A gauche la paralysie est encore plus nette et l'atrophie deltoïdienne marquée.

La flexion de l'avant-bras sur le bras est limitée, les réflexes olécrâniens ne sont pas revenus.

OBS. XIII. — V... Bernadette, 8 ans.

Entre au pavillon des contagieux le samedi 18 novembre; son histoire commence par une angine le mercredi précédent, le médecin traitant, en l'absence de tous autres signes, conclut à une angine banale. Les deux jours qui suivent l'enfant va bien, mais le samedi matin au réveil son bras droit est paralysé, le soir elle est à l'Hôpital, on l'examine.

C'est une belle fillette, grande pour son âge, qui semble fatiguée et souffre un peu de la région cervicale. Son bras droit est immobile, les réflexes en sont abolis; tous les autres existent au bras gauche et aux membres inférieurs.

L'enfant ne peut pas fléchir la tête sur sa poitrine, elle la tourne à gauche, mais très difficilement à droite, il n'y a plus rien dans la gorge, la température est à 39°,

elle s'y maintient pendant deux jours puis descend entre 37° et 38°.

L'enfant reçoit dès le soir de son entrée 60.000 unités de sérum antipoliomyélitique, la petite malade boit bien et urine normalement.

Le 22 novembre, le bras paralysé est douloureux, les mouvements de la tête sont plus amples, le bras malade est atrophié.

L'enfant a subi 3 séances de radiothérapie, après lesquelles elle est rentrée chez ses parents. Depuis son départ on sait qu'elle a subi 20 séances d'électrothérapie et une nouvelle série de 3 séances de rayons X. Ne l'ayant pas revue, on ignore le résultat clinique de ce traitement.

OBS. XIV. — L... Simone, 9 ans 1/2.

Cette enfant entre dans le service le 21 novembre 1938 avec une paralysie des deux membres inférieurs. Elle s'est trouvée souffrante le *vendredi 18 novembre*, à part une légère fièvre, elle ne présente aucun signe de maladie le 19 et le 20.

Au matin du 21, elle s'est réveillée paralysée avec une fièvre à 39°4, à l'entrée au pavillon elle a 38°8, semble assez abattue, gémit quand on la touche.

Elle est allongée dans son lit, ne peut ni s'asseoir ni fléchir la tête ni soulever ses membres inférieurs du plan du lit.

Aux deux jambes les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis, pas d'angine dans la gorge, on injecte 70.000 unités de sérum antipoliomyélitique.

Le 22 l'enfant souffre des jambes, la température a baissé, les urines sont normales, l'enfant boit bien. Le 24, l'enfant a perdu ses urines. Dans la peau, on injecte 20 cc. de sérum de convalescent de l'Hôpital.

Les jours suivants l'état général s'améliore, l'enfant ne gémit plus, la température est redevenue normale.

L'enfant a subi 3 séances de radiothérapie. On commence lundi 28 novembre le traitement électrique : tous les deux jours chaque jambe plongée dans l'eau tiède portant l'électrode négative, la positive étant dans la région dorsale, on fait passer le courant pendant 20 minutes. Après un mois, 3 nouvelles séances de rayons X sur la région lombaire, au total : 6 séances de radiothérapie, 25 séances d'électrothérapie.

L'enfant quitte le service le 27 janvier 1938 légèrement améliorée.

On note l'atrophie musculaire importante des quadriceps fémoraux des deux côtés. Les réflexes ne sont pas revenus.

L'enfant ne peut pas lever les jambes au-dessus du plan du lit, le pied gauche est ballant à cause de la paralysie des extenseurs. L'enfant se déplace difficilement en glissant les pieds sur le sol et en s'appuyant aux murs, la marche est à peine possible et la démarche est contrefaite par suite de l'atrophie des muscles fessiers prédominant à droite.

OBS. XV. — B... Elie, 15 ans.

Début le 22 novembre 1938, température à 40°, raideur de la nuque. Le 23 novembre, vomissements, persistance de la température. Pas de paralysie nette, mais malade peinant à détacher ses talons du plan du lit.

Traité au sérum de convalescent, 60 cc. en quatre jours, le 27 novembre chute de la température. Traité ultérieurement à la radiothérapie, 6 séances, le sujet a gardé une diminution de la force musculaire, sans atrophie.

OBS. XVI. — J... André, 17 ans.

Le malade âgé de 17 ans est entré dans le service le 12 janvier 1939 pour poliomyélite antérieure aiguë.

Dans la soirée du 28 novembre, le malade a été pris d'une forte céphalée avec de la courbature générale et un peu d'angine. Le lendemain matin, il se réveille avec une céphalée plus violente, il vomit son petit déjeuner. La température était alors à 39°, son médecin consulté fait le diagnostic d'angine mais n'écarte pas la possibilité d'une poliomyélite au début et lui fait une injection de sérum de Pettit, qu'il recommence les jours suivants; le malade a ainsi reçu 100 cc. de sérum.

Les jours suivants il doit garder le lit, on ne signale cependant rien, qu'un peu d'anorexie. Le 3 décembre, c'est-à-dire cinq jours après le début, il se réveille avec le bras droit paralysé, c'est une paralysie flasque, le membre retombe sur le lit.

Le 6 décembre apparaît la paralysie d'une jambe, quelques jours après c'est l'autre jambe qui est paralysée, puis le bras gauche; en même temps, la température qui était revenue à la normale entre le 28 novembre et le 3 décembre, remonte jusqu'à 40° et, durant une quinzaine de jours, elle oscille entre 39° et 40°. Pas de ponction lombaire.

Le malade avait de l'appétit, n'avait pas de vomissements ni de diarrhée, mais il présentait déjà une atrophie considérable des quatre membres.

Le malade a eu de la rétention d'urine pendant plusieurs jours, on a dû le sonder plusieurs fois, il a même gardé une sonde à demeure pendant trois jours. La sécrétion sudorale a été considérablement augmentée.

Le 11 décembre, un médecin consultant appelé conseilla un abcès de fixation qui a pris.

Vers le 1^{er} janvier, le malade commence à pouvoir remuer son bras droit, le 5 janvier il entre en clinique où tous les deux jours on lui fait une séance de radiothérapie.

Actuellement, le 12 janvier, on se trouve en présence d'un malade qui paraît un peu fatigué, à l'inspection on voit ses quatre membres considérablement atrophiés.

Il ne peut effectuer aucun mouvement actif des membres inférieurs, mais remue cependant un peu les orteils gauches. Les mouvements actifs de l'avant-bras droit sont très limités. Les mouvements actifs du bras droit et du membre supérieur gauche sont impossibles. Il peut effectuer les mouvements de la tête. Le malade ne peut s'asseoir dans son lit et ne peut se tenir assis.

Les mouvements passifs des membres inférieurs sont douloureux et très limités, les mouvements passifs des membres supérieurs sont moins limités.

Les réflexes tendineux (rotulien et achilléen) des membres inférieurs sont complètement abolis ainsi que les réflexes des membres supérieurs. Absence de troubles de la sensibilité objective, pas de Babinski.

L'état général paraît excellent, langue un peu saburrale mais pas d'anorexie, pas d'angine, pas de vomissements ni troubles sphinctériens, le malade urine bien, mais il est un peu constipé.

La sécrétion sudorale est augmentée, la peau moite. Pas de troubles psychiques apparents. L'examen somatique ne nous révèle rien que nous n'ayons déjà signalé. On peut conclure à une poliomyélite antérieure aiguë (paralysie des deux membres inférieurs, du membre supérieur gauche et du bras droit).

A partir du 12 janvier, on fait au malade 3 séances d'électrothérapie par semaine.

Le 27 janvier l'état général s'est amélioré, meilleur faciès, mais l'atrophie musculaire est aussi marquée, les mouvements actifs des membres inférieurs sont toujours impossibles, les mouvements passifs sont moins limités et moins douloureux.

Les mouvements actifs du membre supérieur droit (épaule et coude) sont presque normaux, mais la pronation et la supination sont très limitées. Il y a aussi paralysie des extenseurs des doigts qui restent en demi flexion, le malade ne peut fermer complètement la main. Les mouvements actifs du membre supérieur gauche sont très limités, les doigts gauches sont également en demi flexion.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Nous ne cherchons pas à faire une étude clinique détaillée de la poliomyélite en général, mais à mettre en évidence dans cette épidémie les principaux symptômes classiques ou non, en adoptant le plan habituel d'étude de cette maladie.

A. — PHASE D'INVASION OU DE PHÉNOMÈNES INFECTIEUX

1°. — Dans la grande majorité des cas, 10 sur 16 observations, la P.A.A. a débuté par des SIGNES GÉNÉRAUX : Température à 38°-38°5, abattement, malaise qu'accompagnaient chez presque tous des *troubles digestifs* : nausées, vomissements, diarrhée ou constipation.

Dans 7 cas nous avons noté la présence d'*angine* érythémateuse, deux cas présentaient des troubles rhino-pharyngés. Chez tous ces petits malades, aucun signe ne pouvait faire soupçonner le diagnostic.

2°. — A côté de cette forme de début peu alarmante on a observé quelques malades présentant d'emblée

une forme grave que l'évolution de la maladie devait confirmer :

a) Quatre cas ont présenté les signes avant-coureurs de la poliomyélite, *douleurs musculaires*, particulièrement des membres inférieurs (obs. N^{os} 5 et 12), *courbature* (obs. N^o 16), *raideur du rachis* (obs. N^o 9).

b) Un cas a présenté d'emblée une *forme méningée* (obs. 15) avec raideur de la nuque, signe de Kœrnig, température à 40°.

c) Enfin, un seul, N^o 8, a été atteint brutalement au réveil d'une *paralyse* du membre inférieur gauche.

B. — PHASE DE PARALYSIE

Après les phénomènes généraux apparaît la paralysie, celle-ci présente le type classique de paralysie flasque avec hypotonie musculaire, ne s'accompagnant d'aucun trouble sensitif.

Elle survient presque toujours immédiatement après les signes généraux. En effet, on relève dans nos observations :

3 cas de paralysie d'emblée,	
4 cas	— après 48 heures,
2 cas	— le 3 ^e jour,
1 cas	— le 4 ^e jour,
2 cas	— le 5 ^e jour,
1 cas	— le 7 ^e jour.

Elle affecte le plus souvent le type paraplégique :

6 observations. On note 3 quadriplégies, 3 paralysies des membres supérieurs, et 2 d'un seul membre inférieur.

Il faut signaler dans les observations N^{os} 3 et 7 l'apparition des paralysies après l'injection du sérum de Pettit, effectuée dès le début.

1° FORMES CLINIQUES.

Dans cette épidémie, la P. a revêtu des aspects cliniques variés.

a) *Formes méningées.*

4 cas ont présenté des céphalées, de la raideur de la nuque, des rachialgies et même un signe de Kørnig avec température élevée.

Certains ont réalisé le tableau d'une méningite subaiguë, l'observation N^o 7 pouvait même faire penser à une méningite cérébro-spinale aiguë.

Mais en examinant ces malades avec soin, on découvrait les signes de paralysie. Le L. C. R. présentait seulement une légère albuminurie à 0,20, la présence chez certains de 110 à 200 lymphocytes, et restait après culture absolument stérile.

b) *Formes douloureuses.*

Ces formes se caractérisent, soit par des douleurs diffuses, hyperesthésie cutanée des membres ou de la colonne vertébrale apparaissant avant les paralysies et

les accompagnant, soit par des douleurs à la nuque ou des céphalées violentes (obs. 11 et 12).

c) *Formes ascendantes réalisant un syndrome de Landry.*

Deux enfants, frère et sœur, ont présenté une forme rapidement mortelle, forme ascendante du type Landry avec fièvre élevée, se traduisant par des paralysies montant rapidement des membres inférieurs à l'abdomen, au tronc et aux membres supérieurs, l'un est mort asphyxié par paralysie de ses muscles respiratoires, l'autre par atteinte bulbaire.

d) *Formes frustes.*

Un de nos malades (N° 5) a présenté une forme de poliomyélite où tout s'est réduit à une parésie des membres inférieurs avec un peu d'hypotonie musculaire et diminution des réflexes, sans qu'on ait observé de paralysie véritable.

2° SIGNES GÉNÉRAUX.

a) La *température*, en général, est élevée, le pouls rapide.

Nous avons remarqué, chez plusieurs de ces enfants, une sudation abondante pendant quelques jours.

b) *Troubles sphinctériens.*

Fréquemment on a observé une paralysie vésicale se traduisant par de la *rétenion* chez le malade, plus

ou moins accentuée, deux cas seulement ont nécessité le sondage.

c) On ne remarque aucun trouble psychique, si ce n'est une certaine irritabilité de caractère dans les formes graves, bien naturelle chez des enfants.

C. — PHASE DE RÉGRESSION DES PARALYSIES

Un des caractères essentiels de la paralysie infantile est de rétrocéder, notre épidémie s'est conformée à la règle, on a pu observer en moyenne, après dix jours, avec une chute de la température et une amélioration de l'état général, une régression progressive des paralysies. Le retour des fonctions motrices s'opère assez lentement; l'aréflexie tendineuse demeure assez longtemps.

Quelques exceptions :

L'observation N° 5, d'une forme assez bénigne, nous montre au 8^e jour une régression totale; chez d'autres, au contraire, la régression plus longue ne débute que trois semaines ou un mois après.

D. — PHASE DES SÉQUELLES

Les paralysies peuvent subsister en partie chez certains ou entraîner des déformations très accusées.

1° *Persistence des paralysies.*

Ces paralysies subsistant après la guérison, font de ces malades des infirmes.

Chez certains de ces enfants (obs. 3, 7, 16) ayant présenté une paraplégie, la marche est difficile, la claudication constante, l'un d'eux même (N° 8) ne peut se tenir debout quatre mois après.

La paralysie des membres supérieurs est aussi grave, les mouvements demeurent très limités; on note chez l'un une paralysie des extenseurs des doigts qui restent en demi-flexion, le malade ne peut fermer la main.

2° *Atrophie musculaire.*

Chez tous nous avons observé une atrophie musculaire plus ou moins importante; le quadriceps fémoral semble le plus touché, ainsi qu'au membre supérieur le deltoïde.

Cette atrophie progressive et rapide aboutit parfois à une véritable fonte musculaire. Dans certains cas, heureusement, elle se réduit à une simple hypotonie musculaire.

3° *Déformations.*

(Obs. N° 2). Un des enfants, deux mois après la maladie, présente une scoliose dorso-lombaire en rapport, semble-t-il, avec une paralysie des muscles paravertébraux persistante.

PRONOSTIC. — DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT.

PRONOSTIC.

Il est classique de dire que, dans les formes épidémiques, le pronostic vital est réservé et le pronostic fonctionnel meilleur.

Sur les 16 cas que nous avons observés, on peut compter 2 décès et 9 infirmes, ce qui suffit à dire que cette épidémie, peu étendue, n'en a pas moins été sévère.

Seules les deux formes à type Landry ont comporté un pronostic fatal, les formes méningées d'apparence alarmante n'ont pas été parmi les plus graves.

Enfin, il ne faut pas oublier que la régression des paralysies peut s'échelonner sur des mois et même des années.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la poliomyélite a une importance capitale, car c'est de lui que dépend l'application précoce du traitement et l'isolement rigoureux du malade.

A. — *Diagnostic essentiel.*

Se fonde sur les éléments suivants : apparition brusque de paralysies flasques accompagnées d'atrophies et de troubles des réactions électriques souvent précédées de réactions méningées.

B. — *Diagnostic différentiel.*

1° Facile à la période de paralysie, plus difficile à la période préparalytique, c'est le cas de nos observations, surtout au début, alors que manquait la notion d'épidémicité.

On pouvait penser alors à une angine banale, à une grippe, une adénoïdite, à un embarras gastrique ou au début d'une maladie infectieuse.

Seule l'évolution lève la difficulté, mais il faut pratiquer avec soin l'examen neurologique, capable de révéler précocement la diminution ou l'abolition du réflexe tendineux.

2° En principe, il est deux affections principales avec lesquelles le diagnostic sera particulièrement difficile :

a) Surtout dans les formes douloureuses le rhumatisme articulaire aigu.

Ne pas se fier à la formule classique qui veut que la poliomyélite ne soit pas douloureuse. Nous avons vu, au contraire, dans nos observations, l'importance des formes douloureuses.

En présence d'un enfant qui a été pris brusquement

de fièvre et qui souffre des bras ou des jambes, il faut toujours songer à s'assurer de la motilité des membres et penser à la poliomyélite.

b) Dans les formes à début méningé, le diagnostic prête à confusion avec *diverses méningites*.

On les différencie en se fondant sur trois éléments :

— La survenance au cours d'un état méningé d'une abolition des réflexes précédant la paralysie.

— Les caractères du L.C.R. : limpidité, lymphocytose, absence de germes.

— L'évolution caractéristique où l'on découvre l'existence d'une paralysie flasque avec amyotrophie, aréflexies tendineuses et troubles profonds des réactions électriques.

Quant aux méningites lymphocytaires, il sera extrêmement difficile de les différencier des formes méningées ou des formes frustes de la poliomyélite quand celles-ci ne sont pas suivies de paralysies.

En résumé, en présence d'une réaction méningée qui ne fait pas sa preuve, toujours songer à une poliomyélite.

TRAITEMENT.

Le traitement que nous avons institué diffère selon les phases de la maladie.

1° A la phase aiguë :

Il importe d'instituer au plus tôt, dès la phase pré-

paralytique, un traitement spécifique : la sérothérapie, soit par le sérum antipoliomyélitique de Pettit, soit par le sérum de convalescent.

a) *Sérum de Pettit*. — Tant à l'hôpital qu'en clientèle, les enfants ont reçu des doses totales de sérum de Pettit, variant de 40 cc. chez les plus jeunes à 120 cc. chez les aînés, en injection intra-musculaires.

Ce sérum, très bien supporté par nos malades, a été employé dans presque toutes nos observations, des plus bénignes aux plus graves, on ne saurait affirmer qu'il a influencé heureusement l'évolution de la maladie.

b) *Sérum de convalescent*. — Etant donné qu'il est difficile de se procurer ce sérum, nous ne l'avons utilisé que dans deux cas.

Le premier cas (obs. N° 12), qui présentait une paralysie des membres supérieurs avec un mauvais état général, a reçu 10 cc. de sérum de convalescent intrarachidien et 20 cc. intra-musculaire.

Le deuxième (obs. N° 15) présentait une forme méningée sans paralysie nette, a reçu en quatre jours 60 cc. de sérum de convalescent.

Chez ces deux malades l'évolution s'est montrée favorable, mais l'expérimentation est insuffisante pour laisser croire à la supériorité du sérum de convalescent.

c) *Traitements adjuvants.* — A la thérapeutique spécifique on adjoint utilement les médications anti-infectieuses telles que l'uroformine ou le salicylate de soude par voie buccale et les toni-cardiaques.

2° *A la période de paralysie :*

La radiothérapie et l'électrothérapie, ainsi que la diathermie, nous ont paru donner d'assez bons résultats, la première par la disparition des signes généraux, la seconde par l'amélioration des troubles paralytiques, bien que leurs effets soient très variables; des cas de paraplégies soumis à un traitement précoce ne se sont, pour ainsi dire, pas améliorés, d'autres traités tardivement ont guéri sans séquelles.

CONCLUSIONS

En conclusion de cette étude, nous pouvons résumer ainsi les principaux caractères de cette épidémie.

- Epidémie survenue à la campagne dans le même village,
- n'ayant atteint que des enfants,
- présentant des symptômes sensiblement identiques,
- d'évolution sérieuse et quelquefois grave, puisque deux cas se sont terminés par la mort et, dans les cas qui ont survécu, laissant d'importantes séquelles paralytiques.

Nous attirons l'attention sur l'intérêt que présente le dépistage des formes frustes, étant donné le rôle qu'elles jouent dans la dissémination de la maladie.

De plus, il importe, par des mesures appropriées : isolement précoce et rigoureux, désinfection rhinopharyngée du malade et de son entourage, désinfection des locaux, de prévenir l'extension de telles épidémies.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- LLYOD, DYCOCK et LUTHER. — (*Journ. Amer. Méd. Ass.*, 11 avril 1928.)
- LLOYD, DYCOCK, LUTHER, Mc KHANN, SMITH et KRAMER.
— (*Journ. of infections diseases*, septembre 1929.)
- BORDIER. — La Paralysie infantile guérit-elle aussi bien sans traitement qu'avec le traitement moderne ? (*Journ. des Patriciens*, 16 juin 1928.)
- Traitement et résultat du traitement de la poliomyélite infantile par la radiothérapie et l'électrothérapie. (*Journ. des Patriciens*, 18 juill. 1931.)
- Diathermie et diathermothérapie. (1 volume. Bailière, éditeur.)
- DELHERM et MATHIEU. — Traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie. (*Monde Médical*, 15 février 1930.)
- DUHEM. — Rapport au Congrès de pédiatrie de Lausanne de 1927. Radiothérapie et poliomyélite. (*C. R. Soc. de pédiatrie*, 20 janvier 1931.)
- ETIENNE. — C. R. Congrès de pédiatrie de Lausanne de 1927.
- HUC et BRISARD. — Traitement préventif des séquelles de poliomyélite. (*Revue Médicale Française*, novembre 1927.)

KLING, LEVADITI et LÉPINE. — (*Annales d'Hygiène*, novembre 1930.)

MACNAMARD. — (*Health Bulletin, State Victoria*, octobre-décembre 1928. *The Médecin journ. of Australia*, 14 décembre 1929.)

NETTER. — Sérothérapie dans la poliomyélite, *Archives des maladies des enfants*, 1926.

— Le sérum d'anciens malades dans le traitement des poliomyélites. (*Presse médicale*, 30 août 1930.)

PÉTTIT. — (*Le Monde Médical*, 1^{er} décembre 1930.)

TIXIER et RONNADIEX. — Les résultats du traitement de BORDIER. (*Le Monde Médical*, 15 février 1931.)

C. R. Soc. Pédiatrie, 17 mars 1931.

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV.
